

ANNÉE 1963

THÈSE

N°

368

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Claude MONNET

né le 5 janvier 1933, à Avon (S et M).

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 1963

A PROPOS D'UN CAS DE GROSSESSE CERVICALE

Président :

Monsieur G. CORDIER,

Professeur

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Claude MONNET

né le 5 janvier 1933, à Avon (S et M).

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS D'UN CAS DE GROSSESSE CERVICALE

Président :

Monsieur G. CORDIER,

Professeur



EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°

Digitized by the Internet Archive
in 2026



https://archive.org/details/IA41546325_0094

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Jean VERNE

2^e ASSESSEUR Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.)
	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.)
	BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.)
	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-G.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon Cochin Hôtel-Dieu Pitié Saint-Antoine Salpêtrière Tenon
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut Broussais Cochin Cochin Hôtel-Dieu Lariboisière Pitié Saint-Antoine
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	LENÈGRE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	BROUET (G.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	BARIÉTY (M.)
Cliniques obstétricales	SÈZE (S. de)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	DREYFUS (G.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	KOURILSKY (R.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	DEBRAY (C.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	GENNES (L. de)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	DEROT (M.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	DAVID (M.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	LACOMME (M.)
Clinique stomatologique (Pitié)	MERGER (R.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	VARANGOT (J.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	RENARD (G.)
Clinique toxicologique	AUBRY (M.)
Clinique traumatologique	LELONG (M.)
Séméiologie médicale	MARIE (J.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	BERNARD (E.)
Clinique urologique (Necker)	MICHAUX (L.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	GOSTE (F.)
	DECHAUME (M.)
	ROUX (M.)
	LEMAIRE (A.)
	GAULTIER (M.)
	PADOVANI (P.)
	DOMART (A.)
	POILLEUX (F.)
	COUVELAIRE (R.)
	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.) LHERMITTE (F.) PEQUIGNOT (H.)
--------------------	---

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	M. M.		M. M.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSET (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.) DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Anatomie pathologique	KERN (E.) VOURC'H (G.) BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.) BAULIEU EL. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)	Oto-rhino-Laryngologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.) BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES
Anesthésiologie		Parasitologie	GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Bactériologie		Pathologie chirurgicale	SCHNEIDER (J.) BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) GROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉGER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Biochimie médicale		Pathologie exotique	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)	Pathologie expérimentale	ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.) CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)	Pathologie médicale	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERQ (G.) MANDE (R.) MOZZIGONACCI (P.) POLONOVSKI (G.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Dermato-Syphiligraphie	LEDOUX-LEBARD (G.) BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.) COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Electro-Radiologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.) BOYER (J.), pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)		
Hématologie	BASTIN (R.) DUPONT (V.) DEROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)		
Histologie	ALBAHARY (C.) PERTUISET (B.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBÉY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) TROYER-ROZAT (J.)		
Hydrologie			
Hygiène			
Maladies infectieuses			
Médecine légale			
Médecine du travail			
Neuro-chirurgie			
Obstétrique			
Ophthalmologie			

	MM.		MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LEGHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.	Psychiatrie	PICHOT (P.) DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Physiologie	GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl.) TUBIANA (M.) m. conf.	Psychiatrie infantile	GERNEA (P.) CHAPUT (M ^{re} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Physique médicale	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Rhumatologie	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHÉ (J.)
Pneumo physiologie		Stomatologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)
		Thérapeutique	
		Urologie	

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.) ABOULKER (P.) ANELINE (A.), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)	Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
Clinique médicale	GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique obstétricale		Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
		Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)	BOLTANSKI (E.) LAUNAY (G.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)	
Conservateur en Chef de la Bibliothèque		
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)	
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)	
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS,
qui m'ont donné la joie de poursuivre
mes études.

A MA FEMME,
fidèle compagne

A MES FILLES,

A MES BEAUX PARENTS A Monsieur SAUVAL
dont l'amitié m'est précieuse

A MA SOEUR

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur agrégé CORDIER

qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

Témoignage de ma vive gratitude et de
mon profond respect.

A mon Maître Monsieur le Professeur Agrégé
THOYER ROZAT

qui a bien voulu me confier ce sujet de
thèse et me guider de son enseignement.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de
ma vive gratitude.

A tous mes Maîtres dans les Hôpitaux et plus
particulièrement

- Monsieur le Docteur SEILLE
- Monsieur le Docteur VARAY
- Monsieur le Docteur SENECHAL

qui ont su me guider au cours de mon
Externat et m'ont fait apprécier à la
fois la qualité et de leur enseignement et
des qualités humaines rarement ren-
contrées.

PLAN

- INTRODUCTION
- HISTORIQUE
- OBSERVATION
 - Clinique
 - Traitement
 - Examen macroscopique de la pièce opératoire
 - Examen histologique.
- DISCUSSION
 - Définition anatomo-clinique de la grossesse cervicale
 - Anatomie pathologique
 - Etiologie
 - Fréquence
 - Classification
 - Clinique et Evolution
 - Diagnostic positif et différentiel
 - Pronostic
 - Traitement
- CONCLUSION
- BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

L'implantation et le développement de l'oeuf fécondé dans le canal cervical est rare. Bien qu'un assez grand nombre d'observations ait été publié au cours des dix dernières années, la grossesse cervicale reste toujours une surprise pour le médecin qui la rencontre.

Son diagnostic précis n'est posé dans la quasi-totalité des cas que lorsque survient sa complication essentielle, une hémorragie toujours abondante, souvent cataclysmique. Aussi le pronostic de cette affection reste sévère malgré les progrès de la réanimation.

A l'occasion d'une observation de notre maître, le Professeur Agrégé THOYER-ROZAT, il nous a paru intéressant de reprendre les principales données cliniques et thérapeutiques de cette variété aussi exceptionnelle que grave de grossesse ectopique.

HISTORIQUE

La première description de grossesse cervicale a été faite par HOME en 1817 : A l'occasion de l'autopsie d'une jeune femme décédée au cours d'une crise d'épilepsie, il fait "une étude minutieuse de l'appareil génital interne afin de préciser ses connaissances sur la migration ovulaire et découvrir un oeuf implanté au-dessous d'une saillie de la muqueuse de la paroi antérieure du col utérin".

Sans doute le compte-rendu de HOME constitue-t-il la première publication d'implantation basse d'un oeuf fécondé, mais le terme de "grossesse cervicale" est mentionné pour la première fois par le pathologiste viennois ROKITANSKY en 1860. Toutefois, il faut dire qu'il s'agissait vraisemblablement d'un avortement cervical et non d'une grossesse cervicale.

La première observation française est celle de TARNIER et BUDIN rapportée en 1886.

Puis des publications analogues sont faites, tant en Allemagne et aux Etats-Unis qu'en France.

En 1910, on ne dénombre dans la littérature mondiale qu'une dizaine de cas parmi lesquels on retrouve les noms de KUSTNER, PONFICK, LABHARDT, JASCHKE, BAR, DEVRAIGNE, CHAMBRELENT, RUBIN.

WITTING, en 1953, ne note depuis la première observation que 35 cas d'implantation placentaire cervicale ou isthmico-cervicale authentique, et, à notre connaissance, le nombre des publications n'atteint actuellement pas deux cent.

Cependant, il est permis de penser qu'un certain nombre de grossesses cervicales n'a pas été diagnostiqué avec exactitude et qu'il s'agissait en fait d'un avortement cervical, c'est-à-dire de la phase de rétention cervicale d'un oeuf en cours d'expulsion et primitivement nidé dans la cavité utérine.

OBSERVATION

Voici l'observation du Professeur Agrégé THOYER-ROZAT :

Le 20 Juin 1960, nous sommes appelés d'urgence auprès de Madame CEL... âgée de 31 ans, pour une métrorragie très abondante.

Réglée pour la première fois à 12 ans, cette malade a toujours eu un cycle menstruel régulier (28/4).

Elle n'a jamais présenté d'affection gynécologique ni générale qui fût digne d'être retenue.

Elle est aménorrhéique depuis le 14 Mars 1960, et le diagnostic de grossesse a été posé par son médecin traitant fin avril 1960.

Peu après cet examen, sont apparues des métrorragies peu abondantes de sang marron, non accompagnées de douleurs; le repos au lit et des injections intra-musculaires de progestérone sont prescrits mais restent inefficaces sur l'écoulement sanguin.

A partir du 15 Juin 1960, la malade ressent des douleurs en même temps que les hémorragies augmentent à un point tel que nous sommes appelés auprès d'elle.

Au toucher vaginal, le volume apparent de l'utérus correspond à celui d'une grossesse de 3 mois, le col est effacé, largement perméable, et des fragments ovulaires sont perçus immédiatement; la distension cervicale est énorme et le col a la forme d'une toupie.

Devant ce tableau d'avortement cervical, l'évacuation de l'oeuf par un curage digital est décidée.

Sous anesthésie générale, le décollement de l'oeuf est entrepris après complément de dilatation aux bougies. Un fœtus de trois mois environ est aisément évacué; l'extraction du

placenta est, par contre, très laborieuse car aucun plan de clivage n'est trouvé, et les fragments ovulaires adhèrent intimement à la paroi, surtout dans la moitié droite de cette énorme cavité cervicale.

Au terme de ces manoeuvres qui paraissent incomplètes, on perçoit à bout de doigt l'orifice interne du col, mais la cavité corporéale ne peut être explorée : le corps utérin surmonte la masse sphérique du col surdistendu.

Trois quarts d'heure plus tard, une hémorragie abondante survient; elle entraîne rapidement un choc grave qui cède partiellement à une transfusion d'un litre de sang en même temps que l'hémorragie s'arrête après un tamponnement serré de la cavité cervicale.

Une heure et demie après, malgré le tamponnement, l'hémorragie se reproduit et les phénomènes de choc se renouvellent.

On tente de faire l'hémostase par voie basse : après incision transversale du vagin au voisinage de son insertion antérieure sur le col, la vessie est décollée et refoulée. Le col est incisé sur la ligne médiane dans ses portions intra et supra-vaginales.

On doit rapidement renoncer à faire l'hémostase par cette voie car l'hémorragie est diffuse dans toute la moitié droite de la cavité cervicale. De même, la distension et l'allongement du col empêchent de faire par voie vaginale, l'hémostase des vaisseaux cervicaux sur le bord externe de l'utérus.

Aussi doit-on se résoudre à intervenir par voie abdominale. La malade est en état de collapsus sévère malgré une réanimation intensive. On pratique alors une HYSTERECTOMIE TOTALE avec conservation des annexes : l'abord du pédicule utérin droit est rendu très difficile par l'extrême distension de la portion sus-vaginale du col; beaucoup plus haut que normalement, il est fortement déjeté vers la paroi pelvienne et la ligature des vaisseaux nécessite la découverte préalable de l'uretère.

Les suites opératoires sont compliquées de phlébite sévère du membre inférieur gauche, l'oedème est énorme, véritablement historique, atrocement douloureux et cède difficilement au traitement anticoagulant qui comporte simultanément héparine et dicoumarol. Ce dernier produit est administré pendant 2 mois.

La malade a été revue récemment en excellent état.

Anatomie pathologique macroscopique :

La grossesse était bien développée dans le canal cervical qui a les dimensions d'une petite orange; la ligne d'insertion placentaire est toute entière située en dessous du point où l'artère utérine droite aborde le bord latéral de l'utérus.

La masse cervicale est surmontée par un corps utérin à peine plus gros que normalement, dont la cavité est virtuelle et dont la portion isthmique admet seulement la pulpe de l'index.

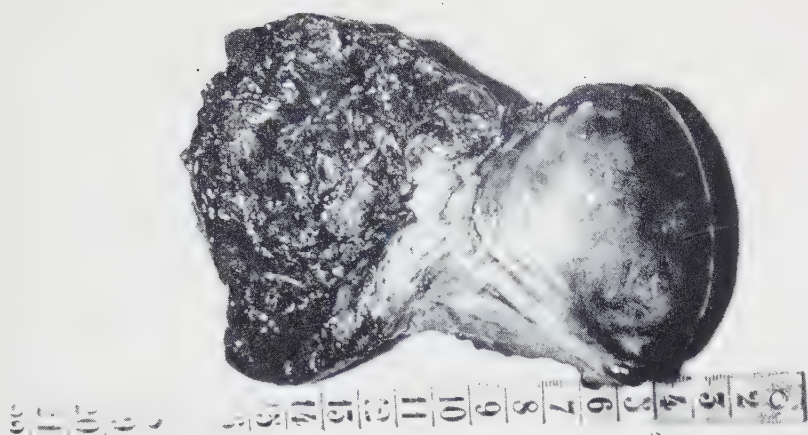
La paroi cervicale est surdistendue et amincie, mais l'amincissement est surtout net dans la partie droite où le muscle semble dissocié par l'hémorragie et est le siège de petites ruptures interstitielles.

Compte-rendu de l'examen histologique :

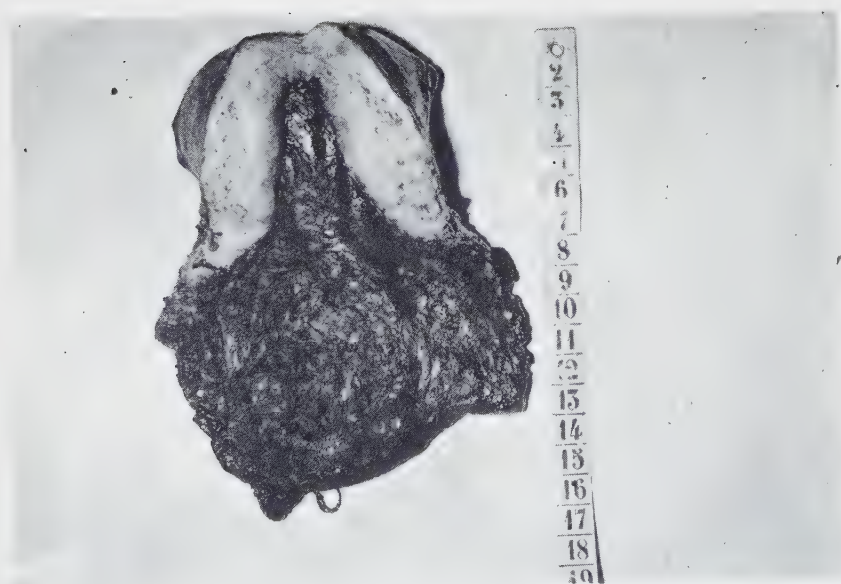
Etant donné les différentes manoeuvres instrumentales faites avant de pratiquer l'hystérectomie, les coupes histologiques intéressant le revêtement interne de la portion isthmico-cervicale sont difficilement interprétables.

L'épithélium de revêtement endo-cervical a complètement disparu. L'endocol, a contours irréguliers, présente une transformation déciduiforme. Plus profondément, on n'observe aucun tube glandulaire mais on retrouve plusieurs cavités hémorragiques.

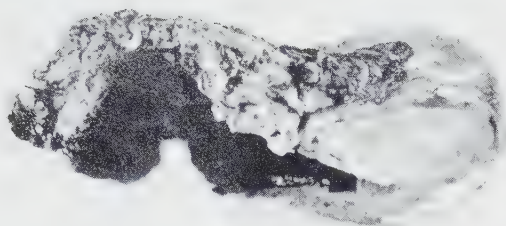
A la surface de l'endocol, est accolé un caillot fibrineux semé de cellules inflammatoires. Dans ce caillot, quelques petites formations ovalaires ou arrondies, hyalinisées et acellulaires, ou parfois présentant encore un reliquat de bordure cellulaire, correspondent vraisemblablement à des villosités placentaires.



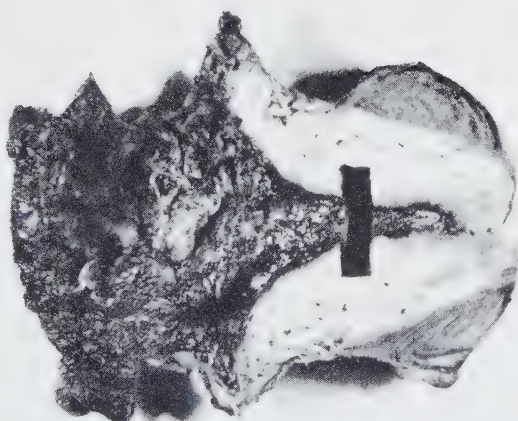
Pièce opératoire, fermée.



- Pièce opératoire, ouverte.

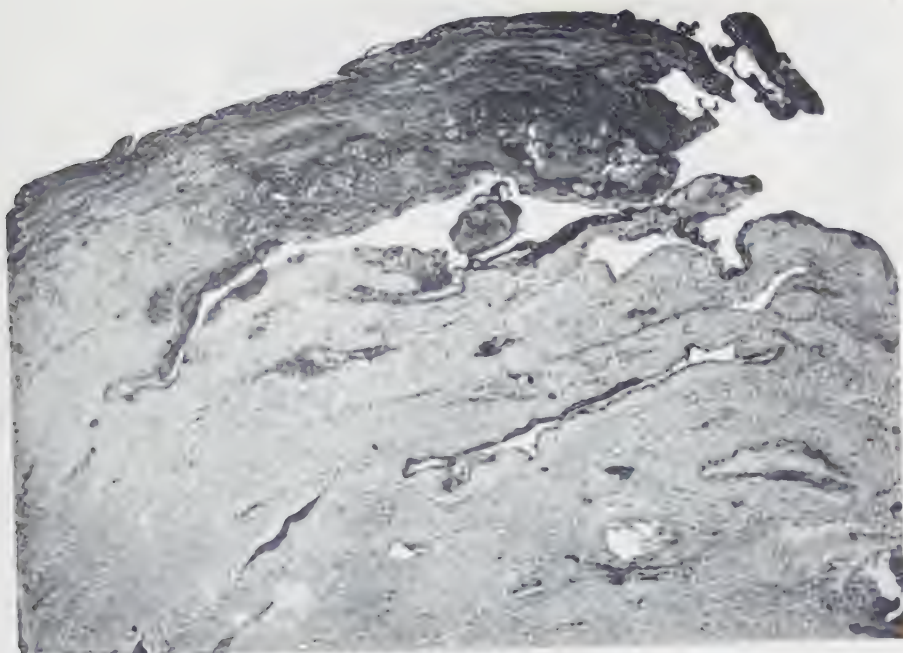


- Pièce conservée, fermée



Pièce conservée ouverte

Coupe histologique intéressant le col



Petit grossissement



Fort grossissement

DISCUSSION

Cette observation appelle quelques commentaires sur la grossesse cervicale, en particulier sur la définition qu'il convient d'en donner, sur les classifications qui ont été proposées, mais aussi sur ses caractères anatomo-pathologiques, son étiologie, son évolution et les problèmes de traitement qu'elle soulève.

DEFINITION ANATOMO-CLINIQUE DE LA GROSSESSE CERVICALE :

C'est une grossesse ectopique puisque l'oeuf fécondé s'implante et se développe au niveau du col utérin, là où il ne trouve normalement pas sa place au cours de la gestation. En effet, la structure du col utérin est telle que les transformations nécessaires à une nidation normale, sous l'action des stéroïdes sexuels, ne peuvent être réalisées tandis qu'au niveau de l'endomètre, la transformation déciduale des cellules conjonctives permet la nidation, en même temps que le myomètre s'hypertrophie et s'hyperplasie.

Au niveau du col, l'hypertrophie musculaire et la réaction déciduale ne sont qu'ébauchées.

C'est une GROSSESSE ECTOPIQUE DISTALE par opposition aux grossesses ectopiques proximales telles qu'en réalisent les variétés tubaires, ovariennes ou abdominales.

On ne croyait autrefois pas possible la nidation primitive de l'oeuf au niveau de la cavité cervicale. Nous notons à ce sujet dans le "Traité de l'Art des Accouchements" de TARNIER et BUDIN (1886) : " Peut-il exister une grossesse cervicale primitive comme l'ont prétendu KEPLER et PAJUSCO ? Cela est extrêmement douteux et les faits qu'ils ont rapportés sont très discutables La grossesse cervicale ne sera prouvée que lorsqu'on aura constaté des cotylédons et des villosités placentaires encore implantées dans la muqueuse du col utérin".

Il faut noter d'ailleurs que de telles grossesses sont souvent isthmico-cervicales, et parfois cervico-isthmico corporeales, l'insertion placentaire débordant en haut l'orifice interne du col utérin.

Deux ordres de faits aident à définir avec exactitude la grossesse cervicale :

- Macroscopiquement, l'insertion placentaire se fait en dessous de la zone de pénétration de la branche cervicale des artères utérines.
- Microscopiquement, des villosités placentaires sont retrouvées implantées dans la paroi cervicale, au dessous de l'orifice interne du col utérin.

En pratique, les conditions de cette définition ne sont jamais remplies en totalité. Lorsque l'évacuation de l'oeuf a été faite par voie basse, seules les difficultés rencontrées dans le décollement ovulaire permettent d'éliminer le diagnostic d'avortement cervical. Lorsqu'une laparotomie a dû être exécutée comme dans notre observation, la constatation histologique de villosités implantées dans la paroi cervicale n'est réalisable que s'il s'agissait d'une grossesse de moins de deux mois pour laquelle l'évacuation de l'oeuf avant l'hystérectomie n'a pas été indispensable. Or, chaque fois que la grossesse a atteint un terme plus avancé, l'évacuation préalable par voie basse et le curetage qui l'a accompagnée risquent, comme dans notre observation, d'empêcher la vérification microscopique de cette nidation.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'oeuf après cette migration se nide et se développe dans le col utérin, atteignant parfois au cours de son accroissement la jonction isthmico-cervicale, sur une muqueuse de faible épaisseur, qui par ailleurs ne subit qu'une transformation déciduale modeste.

SCHNEIDER et DREIZIN ont signalé, sur les pièces anatomiques, l'existence d'ulcérations importantes correspondant à la pénétration des villosités choriales à travers la muqueuse et la couche musculaire du col. De telles ulcérations pourraient, sans la connaissance du contexte clinique, être rapportées à tort à des manœuvres abortives. Cette notion n'est pas sans intérêt médico-légal.

Dans notre observation, nous n'avons pas constaté d'ulcérations au sens propre du terme, mais seulement des ca-

vités remplies de sang, développées dans l'épaisseur de la paroi cervicale.

L'absence de décidue bien développée explique l'adhérence pathologique du placenta avec la paroi cervicale qui réalise un véritable PLACENTA ACCRETA. Les fibres musculaires sont rapidement dissociées et certaines subissent une dégénérescence fibreuse. Ainsi la paroi cervicale s'amincit progressivement en même temps qu'elle se fragilise. Cette évolution se termine dans l'immense majorité des cas par un avortement souvent très précoce, parfois seulement au cours du deuxième ou du troisième mois. SCHNEIDER avait constaté un véritable éclatement de la paroi cervicale et un hématome s'était développé dans le paramètre droit.

L'étude anatomo-pathologique des pièces opératoires est rendue difficile car, de même que dans notre observation, c'est seulement après l'avortement que l'examen est pratiqué. L'interprétation des lésions devient de ce fait beaucoup moins démonstrative.

ETIOLOGIE

Elle semble inconnue. On a voulu faire de la grossesse cervicale l'apanage des grandes multipares; tel est l'avis de BAR et CHAMBRELENT. DEVRAIGNE et DEMELIN ont la même opinion et prétendent que, à l'inverse de la grossesse angulaire qui se voit chez la primigeste, la grossesse cervicale se rencontre exclusivement chez les multipares âgées.

BRINDEAU, ZANGEMEISTER et SCHILLING n'ont rencontré de grossesse cervicale que chez des femmes au passé génital chargé, ayant subi à l'occasion d'accouchements ou d'avortements antérieurs, des délivrances artificielles, des révisions utérines ou des curetages répétés.

Citons le cas de GOODMAN, cinquième geste dont

- deux curetages,
- deux accouchements,

celui de BERG : Sixième geste dont :

- deux curetages,
- trois accouchements.

A l'opposé, certains auteurs prétendent que la multiparité n'intervient pas. Dans l'observation de Mr. THOYER-ROZAT,

il s'agit d'une primigeste.

Nous notons ci-dessous quelques observations récentes où l'âge et la parité sont pris comme repères :

<u>Année</u>	<u>Auteurs</u>	<u>Age de la patiente</u>	<u>Parité</u>
1954	BERNSTEIN	21	1
1954	CAVE	45	4
1954	FLANAGAN	30	3
1955	BACHMANN	24	2
1955	CUMMIN	20	2
1957	SCHNEIDER	34	7
1959	SHERWIN	40	5

Au vu de ce tableau, il semble que ni la parité, ni l'âge des malades ne soient des facteurs décisifs.

Quant à la cause véritable de cette variété de grossesse ectopique, elle reste inconnue et les hypothèses avancées jusqu'alors n'ont pas reçu la confirmation espérée.

Dans les cas où il s'agit de grandes multipares, on pourrait soulever l'hypothèse d'une cause endométriale. Pour certains anatomo-pathologistes, l'endomètre serait dystrophique, voire atrophique, rendant impossible la nidation dans la cavité corporelle. Cette hypothèse n'est pas satisfaisante car elle ne permet pas d'expliquer la survenue d'une telle grossesse chez une primipare sans passé gynécologique notable.

On pourrait admettre l'idée d'une anomalie de la migration de l'oeuf, qu'il s'agisse d'une migration accélérée de celui-ci, ou d'une fécondation intra-cervicale de l'ovule, anomalie dépendant d'un déséquilibre neuro endocrinien.

HILLEMANS a soulevé une hypothèse séduisante qui mériterait d'être vérifiée. Il pense qu'une béance de l'orifice interne du col pourrait être en cause; la meilleure connaissance actuelle des conditions d'apparition de cette anomalie du col expliquerait que la parité n'intervienne pas comme facteur de cette nidation ectopique.

FREQUENCE DE LA GROSSESSE CERVICALE

Cette variété de grossesse ectopique se rencontre de façon rarissime et le nombre des publications est trop restreint

il s'agit d'une primigeste.

Nous notons ci-dessous quelques observations récentes où l'âge et la parité sont pris comme repères :

<u>Année</u>	<u>Auteurs</u>	<u>Age de la patiente</u>	<u>Parité</u>
1954	BERNSTEIN	21	1
1954	CAVE	45	4
1954	FLANAGAN	30	3
1955	BACHMANN	24	2
1955	CUMMIN	20	2
1957	SCHNEIDER	34	7
1959	SHERWIN	40	5

Au vu de ce tableau, il semble que ni la parité, ni l'âge des malades ne soient des facteurs décisifs.

Quant à la cause véritable de cette variété de grossesse ectopique, elle reste inconnue et les hypothèses avancées jusqu'alors n'ont pas reçu la confirmation espérée.

Dans les cas où il s'agit de grandes multipares, on pourrait soulever l'hypothèse d'une cause endométriale. Pour certains anatomo-pathologistes, l'endomètre serait dystrophique, voire atrophique, rendant impossible la nidation dans la cavité corporeale. Cette hypothèse n'est pas satisfaisante car elle ne permet pas d'expliquer la survenue d'une telle grossesse chez une primipare sans passé gynécologique notable.

On pourrait admettre l'idée d'une anomalie de la migration de l'oeuf, qu'il s'agisse d'une migration accélérée de celui-ci, ou d'une fécondation intra-cervicale de l'ovule, anomalie dépendant d'un déséquilibre neuro endocrinien.

HILLEMANS a soulevé une hypothèse séduisante qui mériterait d'être vérifiée. Il pense qu'une béance de l'orifice interne du col pourrait être en cause; la meilleure connaissance actuelle des conditions d'apparition de cette anomalie du col expliquerait que la parité n'intervienne pas comme facteur de cette nidation ectopique.

FREQUENCE DE LA GROSSESSE CERVICALE

Cette variété de grossesse ectopique se rencontre de façon rarissime et le nombre des publications est trop restreint

pour nous autoriser à tirer des conclusions statistiques. Nous n'avons dénombré que 188 cas de "grossesse cervicale" pour une période de 80 ans, encore que parmi ces cas, un bon nombre ait été rangé sous cette rubrique sans la rigueur diagnostique nécessaire.

CLASSIFICATION

Classiquement on distingue :

- Les grossesses cervicales vraies ou primitives ou l'insertion du placenta est entièrement située entre l'orifice externe et l'orifice interne du col utérin, et où la preuve de cette insertion exclusivement cervicale a été apportée par l'examen macroscopique et microscopique de la pièce opératoire.

- Les grossesses cervico-isthmiques, où l'insertion placentaire déborde en haut l'ostium internum cervicis uteri.

Certains auteurs, tels SCHNEIDER et DREIZIN, estiment que si l'on peut considérer comme ectopique la variété de grossesse cervicale vraie, par contre les variétés cervico-isthmiques et isthmiques ne sont pas ectopiques puisque les caractères anatomiques de l'isthme sont ceux de la cavité corporeale dont il fait partie.

Nous pensons que cette opposition est trop schématique et que la variété cervico-isthmique représente un stade plus évolué de grossesse cervicale : toute grossesse cervicale vraie qui dépasse dix à douze semaines d'évolution, déborde les limites du col, devient cervico-isthmique et parfois même cervico-isth-mico-corporeale.

CLINIQUE et EVOLUTION

L'étude clinique de la grossesse cervicale pourrait se schématiser ainsi : une femme qui se sait enceinte d'environ 2 à 3 mois présente brutalement une hémorragie utérine massive qui ne laisse pas d'évoquer un avortement banal. L'importance de l'hémorragie impose un curetage et ce n'est qu'à ce moment là que le diagnostic peut être précisé.

En fait, chez notre malade, dès le début de la grossesse, des métrorragies étaient apparues qui avaient persisté

malgré le repos et la thérapeutique hormonale. Il est à noter que les métrorragies ne s'accompagnaient d'aucune douleur avant la survenue de l'avortement. L'oeuf n'en avait pas moins continué de se développer. Nous n'avons pas retrouvé les petits signes rapportés par certains, tels que :

- des douleurs pelviennes basses et plus volontiers lombo-sacrées,
- des troubles urinaires avec pollakiurie, dysurie et parfois même rétention des urines.

Habituellement, le diagnostic n'est évoqué qu'à l'occasion de l'examen pratiqué chez une femme enceinte de 8 à 12 semaines.

Le toucher vaginal révèle un col mou, très volumineux, comme renflé en toupie, en soucoupe : "the cervix balloons out". Fait capital, l'orifice externe du col utérin est en début de dilatation, contrairement à ce qui se passe dans l'avortement cervical où l'orifice externe n'est pas modifié.

Devant un tel tableau, l'évacuation d'urgence s'impose et c'est au cours de l'exploration digitale de la cavité cervicale que le diagnostic de grossesse cervicale sera posé : en effet, après avoir complété aux bougies la dilatation du col, le doigt perçoit des débris ovulaires. On essaie vainement de décoller l'oeuf de la paroi cervicale et on est surpris de ne pas trouver de plan de clivage. La curette ou la pince à faux germe arrive difficilement à extraire les débris ovulaires. C'est alors qu'une nouvelle exploration digitale permet de constater qu'au dessus de la vaste poche cervicale on retrouve un orifice interne fermé, le palper combiné au toucher vaginal perçoit un corps utérin modérément augmenté de volume, surplombant la cavité cervicale surdistendue, pouvant faire croire à l'existence d'un fibrome utérin. Fait important, l'orifice interne du col est fermé et le doigt ne peut pénétrer dans la cavité corporeale.

Au cours des tentatives de décollement de cet oeuf, adhérent anormalement à la paroi cervicale, des hémorragies très importantes se produisent. Même si l'évacuation est complète, un saignement continu et abondant met en danger la vie de la malade et nécessite un tamponnement cervico-vaginal.

Ni les injections intra-murales de post-hypophyse, ni les injections intraveineuses de méthylergobasine ne réussissent à juguler l'hémorragie. De même les tentatives d'hémostase par voie basse, telles que les essais de ligature des branches cervicales des artères utérines, sont vouées à l'échec; elles sont de plus

dangereuses, la surdistension cervicale pouvant conduire à une blessure urétérale.

L'hystérectomie devient alors, chez ces malades choquées, la seule solution de sauvetage.

Telles sont les circonstances cliniques dans lesquelles la grossesse cervicale est habituellement reconnue.

L'évolution au delà du terme de 3 mois ne se voit qu'exceptionnellement; quelques observations ont été rapportées où la grossesse aurait évolué jusqu'au 7^e mois et plus (PANKOW, LABHARDT, WITTING, CHINER, DANILOVA). Toutefois, il semble que ces formes correspondaient aux variétés cervico-isthmico-corporéales.

DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE CERVICALE :

Le diagnostic clinique d'une grossesse cervicale en évolution est toujours très difficile à poser et n'est le plus souvent fait que rétrospectivement, une fois l'intervention effectuée.

----- DIAGNOSTIC POSITIF

- Avant toute survenue de complication, le diagnostic est impossible bien que théoriquement il pourrait être évoqué au cours de l'examen d'une femme enceinte de quelques semaines par la perception au toucher vaginal, d'un col particulièrement augmenté de volume, renflé en toupie, et surmonté par un corps utérin de volume sensiblement normal. Etant donné l'extrême rareté de la grossesse cervicale, ce diagnostic n'est habituellement pas envisagé.

- A l'occasion d'une complication qui peut être :

. parfois la survenue et la persistance de petites hémorragies.

L'attention sera attirée par :

- . essentiellement la distension cervicale, anormale,
- . mais aussi : l'inefficacité du repos et du traitement hormonal sur les hémorragies, l'absence de douleurs à type de coliques utérines.

. surtout la survenue inévitable d'un avortement toujours très hémorragique.

Le diagnostic ne sera posé qu'au cours des tentatives d'extraction de l'oeuf : il est impossible de le cliver en raison de ses adhérences anormales; parfois, on a la chance de percevoir, au dessus de la cavité cervicale surdistendue, la masse corporelle.

- En fait, la preuve formelle du diagnostic ne sera apportée qu'à l'examen de la pièce opératoire.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- Avant l'avortement, la coexistence de signes de grossesse en évolution et de métrorragies répétées, tenaces, souvent abondantes ne laissera pas d'évoquer :

. une menace d'avortement banal, de cause mécanique ou endocrinienne. Mais, fait important, ces hémorragies résistent au repos et au traitement hormonal, et ne s'accompagnent, le plus souvent, d'aucune douleur à type de colique utérine; surtout, le toucher vaginal perçoit un col largement renflé.

. une tumeur praevia, fibrome du col ou plus particulièrement CANCER endocervical. Dans ce dernier cas, la clinique seule ne peut pas apporter la clé du diagnostic, surtout lorsque l'implantation ovulaire se situe dans la portion vaginale du col. Un frottis de dépistage et surtout une biopsie permettront d'éviter cette erreur. L'observation de DOUGAL (1947) est à ce propos bien curieuse : l'histoire clinique et les découvertes faites au toucher vaginal étaient tellement en faveur d'un cancer endocervical qu'il se crut autorisé à ne pratiquer ni examen au spéculum, ni biopsie... et que la malade subit d'emblée une opération de WERTHEIM; l'histologie apporta ensuite la preuve de ce cas méconnu de grossesse cervicale.

. des varices du col (SHERWIN).

- Au cours de l'avortement, on pensera plutôt à un avortement utérin banal spontané ou provoqué, ou mieux à un avortement cervical qui correspond à une entité clinique définie : l'absence ou l'impossibilité de dilatation de l'orifice externe du col utérin entraîne la rétention dans le canal cervical d'un oeuf expulsé en bloc de la cavité corporelle. De ce fait, le col est anormalement augmenté de volume, renflé en toupie comme dans la grossesse cervicale. Mais l'existence habituelle de douleurs liées à des contractions du myomètre, l'absence de dilatation de l'orifice ex-

terne du col qui contraste avec le début de dilatation dans la grossesse cervicale, doivent prendre toute leur valeur avant que les tentatives de décollement de l'oeuf ne permettent de poser le diagnostic. En effet, le curage digital ou la curette n'aboutit dans l'éventualité d'une grossesse cervicale qu'à l'expulsion fragmentaire, incomplète de l'oeuf qui présente des adhérences vraies à la paroi cervicale; au contraire, dans l'avortement cervical, on obtient par les mêmes manoeuvres l'expulsion facile en bloc de l'oeuf intact, avec son placenta et par là même, l'arrêt de l'hémorragie.

- Dans l'éventualité d'une grossesse cervicale plus évoluée, voire au voisinage du terme, il importe de reconnaître la placentation cervicale qui constitue un obstacle praevia et doit conduire directement à une hystérectomie abdominale suivie d'extraction de l'oeuf, puis d'hystérectomie totale.

Au total, le diagnostic de grossesse cervicale est rarement posé avant l'avortement et n'est le plus souvent fait que rétrospectivement, au cours de l'intervention.

PRONOSTIC

Sur les cas de grossesse cervicale authentique qui peuvent avoir été publiés dans la littérature mondiale, depuis la première observation, nous pouvons dire que le pronostic a été radicalement transformé. Cela tient évidemment aux progrès réalisés dans le domaine chirurgical, mais aussi aux possibilités que nous offrent les techniques modernes de réanimation. De plus, les nombreux gestes éventuellement tentés pour réaliser l'hémostase (tamponnement - curetage - hystérectomie) bénéficient de l'emploi systématique et large de l'antibiothérapie.

Malgré ces progrès considérables le risque vital n'a pas disparu et il importe que les décisions chirurgicales soient rapidement prises.

Nous donnons ci-dessous un tableau qui englobe quelques statistiques publiées ces vingt dernières années :

<u>Auteurs</u>	<u>Nombre de cas étudiés</u>	<u>Nbr. de décès</u>
STUDDIFORD (1945)	28	6
BAPTISTI (1953)	17	1
SHERWIN-BERG (1960)	7	0

BAPTISTI prétend qu'à partir de 1943 les décès ne sont plus imputables à la grossesse cervicale elle-même, mais à des défauts de réanimation (erreurs de groupage sanguin, sous-groupe méconnu).

L'état souvent précaire de ces malades, que seule l'intervention peut sauver, explique la survenue possible d'accidents dans les suites opératoires. Nous mentionnerons tout d'abord la possibilité de complications infectieuses, locales, voire générales malgré l'antibiothérapie précoce.

Mais c'est surtout au risque de phlébite post-opératoire que ces malades sont exposées, qu'il s'agisse de phlébite pelvienne ou de phlébite des membres inférieurs. Chez notre malade, en particulier, une thrombose d'une gravité exceptionnelle s'est développée qui ne céda que très difficilement à la thérapeutique anticoagulante.

Au total, il semble que le pronostic vital soit moins souvent mis en cause de nos jours, mais il n'en reste pas moins que la grossesse cervicale pose un grave problème au chirurgien : c'est celui de la stérilisation définitive d'une femme souvent jeune, parfois sans enfant.

TRAITEMENT

- Avant toute complication importante :

En règle générale, le diagnostic n'est pas posé à ce stade et le traitement est celui d'une menace d'avortement : repos au lit et thérapeutique hormonale en présence de métrorragies. Dans l'éventualité exceptionnelle où le diagnostic de grossesse cervicale aurait pu être posé avant l'avortement, devrait-on évacuer l'oeuf par un curetage digital ? On se retrouverait alors dans les conditions de l'évacuation faite en cours d'avortement, une hémorragie massive apparaissant dès les premières tentatives d'extraction de l'oeuf. Cette complication a pu conduire certains (MORTON) à proposer d'abandonner le placenta sans essayer son décollement et de se contenter d'un tamponnement serré cervico-vaginal sous couvert d'un traitement antibiotique. En fait le diagnostic de grossesse cervicale ne pouvant être posé qu'au cours des manoeuvres de décollement de l'oeuf, il semble qu'on n'ait jamais l'occasion d'adopter une telle tactique.

- Au cours de l'avortement :

Le traitement comporte un double temps d'hémostase chirurgicale et de réanimation. L'anesthésie sera faite à minima

'chez ces malades gravement choquées.

- Hémostase chirurgicale :

- La dilatation du col devra toujours être complétée aux bougies de Hegar ou mieux aux bougies calibrées au tiers de millimètre.

- L'évacuation du fœtus à la pince à faux germe, dans les grossesses de plus de deux mois, sera suivie d'un curage digital. Ces manoeuvres entraînent habituellement une hémorragie importante que le curetage instrumental sera le plus souvent incapable d'arrêter. C'est seulement dans les grossesses de moins de deux mois que l'évacuation par voie basse aura des chances d'assurer l'hémostase.

- Lorsque les manoeuvres digitales ou instrumentales ne suffisent pas à arrêter le saignement, un tamponnement cervico-vaginal très serré doit être tenté : il sera le plus souvent insuffisant.

- L'hémostase chirurgicale par ligature de la branche cervicale des artères utérines, séduisante dans son principe, est pratiquement impossible à réaliser correctement et sans danger, par voie basse, en raison de la surdistension du col utérin qui augmente considérablement le risque de blessure urétérale.

- C'est dans ces conditions que l'on sera amené à intervenir par voie abdominale. Si l'évacuation de l'oeuf n'a pu être faite par voie basse, on commencera toujours par l'exécuter surtout si la grossesse est à un terme supérieur à deux mois : Après décollement large de la vessie, l'oeuf est extrait par isthmico-cervicotomie longitudinale (ABUREL, SIRBU, PHILIPES-CU).

Cette évacuation n'est pas suivie de l'arrêt total de l'hémorragie dans les grossesses de plus de deux mois : il sera nécessaire de compléter l'isthmico-cervicotomie par une hystérectomie totale. L'exérèse de l'utérus est souvent très difficile à réaliser en raison des difficultés rencontrées pour la ligature des pédicules utérins, même lorsque l'oeuf a été évacué au préalable. La paroi cervicale surdistendue est au contact de la paroi pelvienne et les risques de blessure urétérale conduisent à ne faire l'hémostase qu'après avoir disséqué l'uretère. La fréquence des suffusions hémorragiques dans la paroi cervicale et la possibilité d'hématome dans les paramètres rendent compte des difficultés techniques;

L'hystérectomie devra être totale pour éviter les risques d'hémorragie secondaire; elle sera suivie d'une suture du vagin et d'un drainage aspiratif par drain de REDON sous-péritonéal.

- Réanimation :

On compensera la spoliation sanguine par une réanimation et des transfusions massives isogroupes qui peuvent conduire à des quantités importantes de sang : 2,5 litres dans notre observation, 3 à 4 litres dans certaines observations américaines (BACHMANN, BERG). Parallèlement à ces transfusions, le traitement du choc sera complété par des perfusions de sérum noradrénaliné jusqu'à rétablissement d'un équilibre tensionnel durable. Dans tous les cas, l'antibiothérapie sera d'emblée massive.

- Traitement préventif des phlébites

Il sera utile de lutter préventivement contre l'apparition éventuelle d'une phlébite.

Ce traitement comportera :

- . une mobilisation précoce des membres inférieurs associée à des massages au lit de la malade,

- . et au besoin un traitement anticoagulant (héparine-dicoumarol - et dérivés) à instituer au moindre doute clinique et sur la foi des renseignements fournis par le laboratoire (taux de prothrombine - tracé thromboélastographique).

CONCLUSION

Nous avons rapporté un cas de grossesse cervicale ayant évolué jusqu'au terme de trois mois.

Nous pouvons tirer de cette observation et de celles que nous avons relevées dans la littérature mondiale un certain nombre d'enseignements. Ils concernent :

1 - Le diagnostic

- Il ne peut être porté qu'à l'occasion de la complication majeure de cette variété exceptionnelle de grossesse ectopique, l'hémorragie massive qui accompagne l'avortement.

- Avant cet accident la grossesse cervicale est méconnue en raison :

- . de son caractère rarissime,
- . de l'absence de critère clinique certain.

- Au cours de l'avortement, le diagnostic est posé devant l'impossibilité de décoller l'oeuf, tout entier retenu dans la cavité cervicale surdistendue à l'extrême. Les adhérences anormales du placenta à la paroi cervicale sont analogues à celles que l'on observe dans le Placenta accreta.

2 - La thérapeutique

- Les tentatives habituelles d'hémostase par voie basse sont souvent inefficaces. Dans notre observation, même après évacuation de l'oeuf, les hémorragies interstitielles dissociant les fibres musculaires cervicales ont rendu impossible tout arrêt spontané de l'hémorragie.

- Seule l'hystérectomie a permis de sauver la malade.

3 - L'identification anatomique de la grossesse cervicale :

- La preuve certaine de la nidation cervicale ne peut être apportée que par l'étude anatomo-clinique de la pièce opératoire. L'examen macroscopique est essentiel car l'examen histologique n'est pas très démonstratif : la constatation de villosités placentaires au contact de la paroi cervicale, qui serait pour certains le seul critère formel ne peut être faite après deux mois. En effet, l'évacuation de l'oeuf, à ce stade de la grossesse, doit obligatoirement précéder l'hystérectomie pour éviter des difficultés opératoires considérables.

- Les seuls cas où une telle évacuation préalable n'avait pas été pratiquée concernaient soit des erreurs de diagnostic, en particulier avec un cancer du col, soit des grossesses n'ayant pas évolué plus de quatre semaines.

oOo

Vu, le Président de Thèse

Pr. G. CORDIER

Vu, le Doyen de la Faculté

Pr. L. BINET

Vu, et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ABUREL E, SIRBU P, FILIPESCU I.
L'isthmico cervicotomie par voie abdominale dans
le traitement de la grossesse cervicale.
Viata Med. n° 7, p.79/83, sep. 1957
- 2 - ALEXEEVA We
Un cas de grossesse cervicale.
Akoucherstvo Guinek Moscou.n° 3, p.114/115 - 1959
- 3 - AHLFELD
Ztschr f. Geburtsch et Gynaek. 51, p.551, 1904
- 4 - AHLFELD - ASCHOFF
Ztschr f.Geburtsch et Gynaek 51, p.544, 1904
- 5 - ANDREI O.
Rapporti tra gravidanza cervicale primitivae corio-
épithélioma.
Ann. Ostet et Ginec. 54, p.315, 1932
- 6 - ARISAN K.
A propos de la grosse cervicale.
Wien Klin Wschr 73, n° 43/44, p.769-771, 1961
- 7 - ASCHOFF
Zstchr f.Geburtsch et gynaek. vol.58, p.331
- 8 - ASCHOFF
Oberheinischer Aertztetag - Freiburg I. BR.vol.7
p.4, 1907
- 9- ASCHOFF
Verkandl. d. Deutsch path. Gesellschaft vol 12
p.316
- 10 - ASHITAKA Y., SHINOHARA K., TAKI I., KOSAI M., HIRO-
SE G., TAKAYAMA K.,
On cervical pregnancy
AJOG, 78, n° 12 p.351/354 Aout 1959
- 11 - BACHMANN;
Cervical pregnancy - Report of a case.
Hawai Med Journal 14: p. 106.1955

- 12 - BACIALLI L.
Ancora sulla gravidanza cervicale.
Riv. Ital. di. Ginec. 6, p.632, 1927
- 13 - BANDL.
Ueber die Ruptur der Gebaermutter.
Wien 1875
- 14 - BANDL
Ueber dar verhalten des uterus und Cervix.
Stuttgart 1876
- 15 - BAPTISTI A.
Cervical pregnancy
Obstetrics and Gynecology 1, p.353, 1953
- 16 - BAR P., BRINDEAU A., CHAMBRELENT J.,
Pratique de l'art des accouchements.
Tome 2, p.483 (484), 1914 - Paris
- 17 - BARICALLA A.
Formes rares de grossesse ectopique.
Pan Minerva Med. 2 n° 12, p.574/578 1960
- 18 - BARNES
On flooding before delivery
Lancet 1847
- 19 - BAYER
Beitr z. Geburtsch et Gynaek. 14, p.34, 1909
- 20 - BEDNAR V., SLUNSKY R.,
Contribution à l'étude d'un cas de grossesse cervicale.
Gynaecologia 149, n° 6, p.369/375, Juin 1960
- 21 - BENKISER et HOFMEIER.
Beitraege zur anatomie des schwangeren und kreisenden Uterus.
Stuttgart 1887
- 22 - BEREZOVSKAIA OM
1 cas de grossesse cervicale.
Akoucherstvo Guinek Moscou 1 p.102/103 1957
- 23 - BIELOPACHKO Pa
Grossesse cervicale.
Akoucherstvo Guinek Moscou 3, p.22 /25 1954

- 24 - BLUMBERG
Arch. f. Gynaek vol.75
- 25 - BOLAFFI R.
Considérations cliniques à propos d'un cas de grossesse cervicale.
Arch. Ostet i gynec. 19, p.657 - 1932
- 26 - BOWLES HE.
Cervical pregnancy
West j. Surgery 53, p.226, 1945
- 27 - BRADY L., ANDERSON G.
La grossesse ectopique.
Lewis pract. Surg. XI, chap.24, p.1/30 - 1957
- 28 - BUMM
Zentralbl. f. Gynaek, 43, p.794, 1920
- 29 - BUMME F.
Grundriss zum studium der Geburtenhilfe. 1917
- 30 - BURG E.
La grossesse cervicale.
Zentralbl f. Gynaek n° 21, p.852/854, Mai 1958
- 31 - BURSTEIN HA
Grossesse cervicale.
AJOG 68, p.940/942, Sept.1954
- 32 - CALLEGARI G.
Contributo clinica allo studio della gravidanza cervicale.
Riv. d'Ostet i gynec. pract. 438, 1950
- 33 - CAVE WH.
On cervical pregnancy
Illinois Med. Journal. 105, p.225, 1954
- 34 - CHAVANNE
Bei Trotta 1961
- 35 - CHINER RF, BALLESTER JA.
Cervical pregnancy at term, case report
Med. Espana 19, p.82, 1948
- 36 - CROUSSE R.
Cervical pregnancy folloved by death from hemorrhage in course of abortion.
Bruxelles Medic. 14, p.379, 1934

37 - CUMMIN RC.

Cervical pregnancy
Lancet 2, p.68/69, sept.1955

38 - DANILOVA WP

Une vraie grossesse cervicale à terme ?
Akoucherstvo Guinek Moscou, n° 5, p.110/111, 1960

39 - D'APRILE F.

Un caso di Gravidanza cervicale.
Clin. Obstet. 39, p.14, 1937

40 - DAVIES D., BARBER Pe.

Cervical pregnancy with missed abortion .
Report of a case.
Obst. and Gynec. New York 15, p.439-446, Avril 1960

41 - DEKARIS M.

Grossesse cervicale.
Zentralbl Gynaek. 67, n° 46, p.1738/1745, Nov.1943

42 - DEMELIN LA, DEVRAIGNE L.

Manuel de l'accoucheur, Paris 1924, p.666/668.

43 - DE MICHELE R.

Un caso di gravidanza cervicale.
Arte Ostet 41, p.29, 1928

44 - DESIROTTE R.

Un cas de grossesse cervicale.
Bruxelles Med. 20, p.802/803, 1940

45 - DEVRAIGNE L.

Extrait de l'obstétrique. p.959, 1911

46 - DOUGAL D.

Cervical Pregnancy.
J. Mt. Sinai Hospital. 14, p.184 - 1947

47 - DOUGLAS RG., STROMME.

Opérative obstetrics, N.Y. 1957, Apleton Coutrory
Crafts Inc.

48 - DUBUIS P.

A propos de la grossesse cervicale.
Gynaecologia 130, n° 6, p.399, Dec. 1950

49 - DUCKMANN S.

Cervical pregnancy
AJOG, 62, p.1381, 1951

- 50 - ELLINGSON OA
Cervical pregnancy.
South Med. Journal 43, p.962, 1950
- 51 - ENCYCLOPEDIE MEDICO CHIRURGICALE.
Obstetrique Tome II, 5069, A/10 p.11
- 52 - FALLS FH.
La grossesse ectopique, caractéristiques et traitement des cas rares.
S. Internat. Call. Surg. 30, n° 3, p.341/348, Sept.1958
- 53 - FEARL CL.
Cervical Pregnancy, West Journ. Surg. 53, p.71
1945
- 54 - FLANAGAN J.F., WALSH C.C.
Cervical pregnancy. Report of a case
Obstetrics et gynecology, 4, p.511, 1954
- 55 - FLEISCHHAUER H.
Zervikale schwangerschaft als leben bedrohliche Komplikation bei der Abtansracumung.
Zentralbl f. Gynaek, 73, p.238, 1961
- 56 - FRANQUE W.
Cervix und unterer Uterinsegment.
Stuttgart 1899, Enke-Verlag.
- 57 - FRANZ
Verhandl d. Deutsch Geselbach f. Gynaek, 8, p.214
1899
- 58 - GAENSSBAUER H.
Ein fall. von zervikalschwanger schaft. Zentralbl.
f. Gynaek 51, p.1393, 1927
- 59 - GERGELY G.
Spontane cervix ruptor mit toedlichem Ausgang.
Zentralbl f. Gynaek 59, p.1111, 1935
- 60 - GHEORGHU N., PROTORPESCU-PAKE I.
Primaere Cervix schwanger schaft.
Rev. Obstet.4, 1935
- 61 - GIMPELSON D.,
Cervical graviditaet, Akus
Ginek.4, p.461, 1936

62 - GOLDEN MP, BETSON Jr.

Spontaneous rupture of uterus due to placenta accreta
Revue of Litterature, AJOG, 78, p.890, 0959

63 - GOLDFINE S., MAZZANTI AG.

Grossesse cervicale.
AJOG 73, n° 2, p.450/452, Février 1957

64 - GOODMAN CH;

Cervical implantation of the placenta with rupture of
the uterus.
J.A.M.A. 57 B, p.1260, 1911

65 - GUERASIMOVA MA.

A propos de la grossesse cervicale menée à terme.
Akoucherstvo Guinek Moscou, 4, p.86, 1956

66 - HARK,

Inaugural Dissertation, Marbang, Ueber den Klinis-
chen Verlauf bei Placenta praevia-Cervical. 1917

67 - HARTMANN.

Zentralbl, f. Gynaek, 30, p.606, 1906

68 - HEGAR.

Bei Mueller L. 1877

69 - HEGAR.

Die pathologie und therapie der placentaretention.
Berlin 1862

70 - HEGAR.

Beitz z. Geburtch et Gynaek, vol. n° °3

71 - HEIDLER', H.

Cervical placenta dissecans Wien Klin,
Wchnschr. 38, p.1382, 125

72 - HENNESSY JP.

Cervical pregnancy
AJOG. 67, n° 5, p.1155/1157, Mai 1954

73 - HERFF V.

Ztrehr, f. Gebustsh et Gynaek; vol. 35, p.328

74 - HERZ

Zentralbl f. Gynaek, 42, p.529, 1918

75 -HILLEMANS HG

A propos de la placentation cervicale.
Ztschr. f. Geburch et Gynaek, 144, n° 3, p.241, 1955

76 - HITSCHMANN and LINDENTHAL

Zentralbl f. Gynaek. vol. 27, p.236

77 - HOFMEIER.

Ztschr. f. Geburtsh. vol. 29

78 - HOHMEIER.

Monatsschrift. f. Geburtsh et gynaek. Vol.25,p.324

79 - HOFSTAETER

Wien klinish, Wehnschr. 24, p.1360, 1911

80 - HOHL.

Lehrbuch der geburtchilfe p. 376, Liepzig 1962

81 - HOME.

Philosophical transactions of the Royal Society of
London for the year 1817 part. 2, p.252

82 - HUERGO HE, ORSINI W., FRANZANI W. :

Grossesse cervicale.
Brenza Med. Argent. 44, n° 17, p.1317,1319, 1957

83 - HYSLOP D.

A case of cervical pregnancy.
British Medical Journal 2, p.1256-1935

84 - INOZEMTSEVA Wd

La grossesse cervicale.
Akoucherstvo Guinek Moscou 5, p.111,1960

85 - JAKOBSEN AHI,

Cervical Pregnancy,
Nord Medical, 41, p.1031, 1949

86 - JASCHKE

Ztschr f.Geburtsh et gynacek.67, p.658,1910

87 - JASCHKE

Ztsch f. Geburtsh et gynaek. p.1409, Mars 1911

88 - JASCHKE

Ztsh f. geburtsh et gynaek. p. 78, 158, 1915

89 - JASCHKE

Zentralbl f. gynaek. 41, p.1066- 1917

90 - JOLKIN M.

Ein fall von Cervical schwangerschaft.

Zentralbl f. Gynaek 50, p.3071, 1926

91 - KEHL R.

Analyse expérimentale de la nidation normale et pathologique.

Gynéco-Obstétrique, supplément 2, n° 2 bis, p.76/103, 1950

92 - KEILMANN A.

Zentralbl f. gynaek, 21, p.857, 1897

93 - KELLER R., KESSLER G., KELLER B.

Très jeune oeuf humain nidé dans la muqueuse cervicale.

Gynéco. Obst. 4, n° 2, p.410, 1952

94 - KELLER R., KELLER B.

Nidation d'un oeuf trèsjeune au niveau de l'orifice externe du col de l'utérus.

Gyneco. et obst. n° 4, p.3537/3539

95 - KELLER R., KELLER B.,

Implantation d'un heuf humain de moins de 13 jours sur l'orifice externe de col.

Zentralbl f. Gynaek 76, n° 1, p.1 à 4, 1954

96 - KEPPLER.

Bei Trotta, 1879-1880

97 - KERMAUNER

Beitr. z. Geburtsh et gynaek 10, p.241, 1906

98 - KISS J.

La grossesse cervicale.

Zentralbl f. gynaek. 80, n° 33, p.1267-1275, Aout 1958

99 - KISS J.

On cervical pregnancy

Magy Noorv. Lap. 23, Janvier 1960 - Hongrie.

100 - KLEINER B.

Zur frage du cervicagraviditaet. Ein fall evier jungen Placenta isthmico-cervicaler

Monatschr f. geburtsh et gynaek. 83, p.291, 1929

- 101 - KOVACEV M.
Graviditas cervicalis.
Medicinski Pregled (Novi Sad.) 6; p.280, 1953
- 102 - KUSTAROV Na
La fréquence de la grossesse cervicale.
Akoucherstvo guinek Moscou 2, p.101-102, 1962
- 103 - LABHARDT
Gynaek Rundschau 2, p.702, 1908
- 104 - LACHAPELLE
Mémoires et observations choisies, Paris 1825
- 105 - LAMBERT-NETTER A., BELAISCH MJ
A propos d'un cas de grossesse cervicale.
C.R. Soc. Franc. Gynéco 27, n° 4, p.145, 149, avril 1957.
- 106 - LECHTMANN Mn
A propos de la grossesse cervicale.
Akoucherstvo guinek Moscou 1, p.41-1955
- 107 - LECOMTE C., BOISRAMÉ M.
Un cas de grossesse carvicale,
Bulletin Fed. Soc. Gynéco. Obst. 11, n° 2, p.176, 1959
- 108 - Mc INROY, KELSEY MA
A case offecervical pregnancy
J.O.G. British Empire, 62, p.428, 1955
- 109 - MALKASIAN Gd, HUNTER Js, REMINE Wh.
La grossesse ectopique.
Analyse de 322 cas de 1935 à 1954,
J.A.M.A. 168, n° 8, p.985, oct. 1958
- 110 - MARSH Cx, SCHUYLER Wb.
Cervical prognancy
AJOG 65, p.407-1953
- 111 - MASEL
Inaugural Dissertation
Freiburg I BR 1910
- 112 - MATHES
Zentralbl f. gynaek, 44, p.57, 1920
- 113 - MATHES
Zentralbl f. gynaek 44, p.1210, 1920

- 114 - MEYER
Zentralbl f. Gynaek vol. 35, p.538
- 115 - MEYER J.
Cervical pregnancy case.
Finska Läk sällsk Handl. 71, p.177, 1929
- 116 - MORISANI
Bei trotta 1894
- 117 - MORTON Dg.
Cervical pregnancy.
Report of two cases and discussion of treatment.
AJOG 57, p.910, 1949
- 118 - MUELLER
Placenta praevia
Stuttgart 1877
- 119 - NUERNBERGER
Ergebn d. Geburtsh et gynaek 6, p.31, 1914
- 120 - NUGMANOV Sn - YUSUFOVA La
Diagnostic et traitement de la grossesse cervicale
Akoucherstwo guinek, Moscou 3, p.65, 1961
- 121 - OGATHA
Beitr z. Geburtsh et gynaek vol 13
- 122 - OSWALD H.
Cervical pregnancy.
Geburtsh u. frauenk 10, p.479, 1950
- 123 - OTTO
Seltener Sitz einer schwangerschaft im unteren
Abschnitt der Cervix
Zentralbl f. Gynaek 58, p.2204, 1934
- 124 - PAALMAN Rj., Mc ELIN.
Cervical pregnancy
AJOG 75, n° 6, p.1261, Juin 1959
- 125 - PAJUSCO,
Bei Tretta 1880
- 126 - PANKOW O.
Biologie and Pathologie des Weiber praevia
Vol. 8, p.18, édit. par Haldanzeit, Vienne 1927

- 127 - PANKOW
Ztrchr f. Geburtsh et Gynaek 64, p.225, 1909
- 128 - PANKOW
Ztschr f. Geburtsh et gynaek 64, p.242, 1909
- 129 - PANKOW
Ztsdr f. Geburtsh et gynaek 64, p.2115, 1909
- 130 - PANKOW
Beith z. z. Geburtsh et gynaek 15, p.37, 1909
- 131 - PANKOW
Beitr z. Geburtsh et gynaek 15, p.317, 1910
- 132 - PANKOW
Beitr z. Geburtsh et gynaek 16, p.87, 1910
- 133 - PIGAUX P.
Le placenta bas inséré
Thèse Paris 1946, n° 827
- 134 - PISARKI Ts
Grossesse cervicale
Soc. Obst. Gyn. British Empire 67, n° 5, p.759,
Oct. 1960
- 135 - PONFICK E., PONFICK W.
Ueber Placentae praevia. Insbesondere Placenta Prae-
via cervicalis.
Berlinklinisch Wchnsehr 1898, n° 36, p;762
- 136 - PONFICK W.
Vergleiche E. Ponfick ferner.
Arch. f. Gynaek 60, p.147, 1889
- 137 - REIHNARDT E.
Cervical pregnancy
Zentralbl f. gynaek, 48, p.1490, 0924
- 138 - REIST A.
Selterre schwanger schaftsectopie in form einer
graviditas cervicales primaria.
α Monatschr f. geburtsh et gynaek 65, p.112, 1941
- 139 - ROKITANSKY
Bei Trotta 13, p.625, 1860
- 140 - ROKITANSKY
Handbuch des Pathologischen Anatomie 1869.

141 - ROKITANSKY

Ein Beitrag zur lehre vom abortus und vom fibrinaesen uteruspolype.

Zstchr d. gas. d. azete I. When 33, 1860

142 - RUBIN

Surg. Gynec. Obst. 1911, 13, p.625

143 - SCHATZ

Verhandl d. Deutsch Gesell sch f. gynaek vol 7, p.302

144 -SCHNEIDER P.

Graviditaet inder Portio vaginalis cervicis Uteri.

Arch. f. Gynaek 129, p.382, 1926

145 - SCHNEIDER P.

Distal Ectopic pregnancy

A.J. of surgery 72, p.526, octobre 1946

146 - SCHNEIDER P.

DREIZIN Dh. Cervical pregnancy. Report of a case

A.J. of surgery, 93, n° 1, p.27/40, janvier 1957

147 - SCHROEDER

Lehrbuch des gynaekologie, Leipzig 1922

148 - SCHUELEIN

Ztsthr f. geburtsh et gynaek. 3, p.409, 1878

149 -SCHUERGER A.

Ueber cervical schwangerschaft.

Zentralbl f. gynaek 61, p.2584, 1937

150 - SCHUELTHEISS H.

Cervical pregnancy case.

Gynaecologia 128, p.432, 1949

151 - SCHWEITZER

Arch f. Gynaek 109, p.618, 1918

152 - SCHWEITZER

Zentralbl of. gynaek 48, p.42, 1919

153 - SCHWEITZER

Arch. f. gynaek 117, p.11, 1922

154 - SELLHEIM

Zentralbl f. gynaek 32, p.1306, 1908

- 155 - SHERMIN H., BERG Pr.
Cervical pregnancy
AJOG, 79, n° 2, p.259, février 1960
- 156 - SIRELIUS
Om placenta praevia,
Akademisk ofhandling. Helrinsfor 1861
- 157 - STAHLER
Vergleiche Ahlfeld p.20, Monotaschrift f. geburtsh
et gynaek vol. 19, 0904
- 158 - STEINBISS W.
Tod infolge einer Placenta cervicalis accute inter
Falschem verdacht quf kriminellen abortus
Deutsch, ztachr f. gerichtl med. 12, p.234, 1938
- 159 - STOCKER
Krrrespondanzblatt, f. schweitz arzt 23, p.790, 1893
- 160 - STOECKEL
Arch. f. gynaek vol. 117, p.10
- 161 - STOECKEL
Lehrbuch der geburts chilfe Jena 1923
- 162 - STRESOFF Ki
Cases of cervical pregnancy
Edesoky M.J. 2, p.43, 1927
- 163 - STUDDIFORD We.
Cervical pregnancy
AJOG 49, p.169, 1945
- 164 - SZENTEH St
Schwere blutung in die banchhoehle bei cervicales
schwangerschaft mit cervix rupter.
Magyar noegy ogyszat 2, p.233, 1933 933
- 165 - THOMSEN M., JOHANSEN F.
2 cas de grossesse cervicale.
Acta Obst. gyn. Scardi n° 2, 40, p.99, 1961
- 166 - TARLETON L.
Cervical pregnancy,
British M.J. 2, p.569, 1934
- 167 - TARNIER
DEVRAIGNE 1897

- 168 - TARNIER S., BUDIN P.
 Traité de l'art des accouchements,
 Paris 1886, tome II, p.491
- 169 - THUDICHUM
 Monatsschrift f. geburtskunde vol 5, 1855
- 170 - TIEGEL
 Inaugural Dissertation
 Greifswald p.399, ztschr f. geburtsh et gynaek 77
 1915
- 171 - TROPEA U.
 Contributo alla conoscenza della gravidanza cervical.
 Pas. d'Obst. et gynec. 38, p.93, 1929
- 172 - TROTTA
 Per la gravidanza cervical.
 Neapel 1898
- 173 - TROTTA
 Contributo anatomico alle studie della gravidanza
 cervicale.
 Neapel 1895
- 174 - TSCHAKMAKOFF P; REITSCHIEFF R.
 Grossesse cervicale primaire.
 Zentralbl. f. gynaek. 38, p.1520, 1959
- 175 - VAUDESCAL R.
 De la grossesse cervicale
 Leçons du Jeudi soir 118, 1931
- 176 - VEIT
 Verhaudl D. Deutsch gessellsch f. gynaek vol 8, p.43
- 177 - VOGT Wh, FORSTER Af, TRAVIS Bt.
 Cervical pregnancy. A revue of the litterature and
 report of a case.
 M. Bull. St Louis Univers 4, p.71, 1952
- 178 - VOGT
 Deutsch Med. Wehnschr. 43, p.1041, 1917
- 179 - VOGT
 Münch Med. Wehnschr. 77, p.746, 1920
- 180 - VOLK
 Arch. gen. gynaek vol 74, p.681

- 181 - WALDSTEIN
Zentralbl f. Gynaek vol 24, p.674
- 182 - WALTHARD
Arch. f. gynaek 118, p.101, 1923
- 183 - WEISS R.
Zentralbl f. Gynaek 21, p.641, 1897
- 184 - WINKEL
Handbuch des geburtschifpe
- 185 - WITTRIN E.
Ueber cervicale schwangersdaft.
Zentralbl f. gynaek. 62, p.346, 1938
- 186 - WOLTERS C.
Zentralbl f. gynaek 48, p.672, 1924
- 187 - ZANGEMEISTER
Monatschift f. geburtkunde.et gynaek 60, p.7/23, 1922
- 188 - ZARAPOV.A.
2 cas de grossesse cervicale.
Akoucherstvo guinok Moscou n° 5, p.108/110, 1960



AGEMP
POLYCOPIE

8, rue Dante
PARIS-Ve

Telephone : ODÉon 58-90